Lane Medical Library

Psoriasis und Gelenkrheumatismus.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 12. März 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Peschel

aus Klein-Tinz bei Liegnitz.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Störmer, kgl. Gerichtsphysikus.
- Dd. med. v. Bültzingslöwen, Unterarzt.
- Dr. med. Kreyher, Unterarzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154014_0253

In seinem Lehrbuch macht Hebra[1]) die Mitteilung, dass er unter mehr als 2000 Psoriasiskranken nur ein einziges rachitisches Individuum beobachtet habe. Meist seien es schöne, kräftige Leute, mit straffer Muskulatur und wohlgenährter Haut gewesen. Ebenso bekunden Green[2]), Devergie[3]) und andere Autoren, dass die Psoriasiskranken im ganzen gesunde, kräftige Individuen seien. So entstand, namentlich gestützt auf die Autorität Hebras, allgemein die Ansicht, dass die Psoriasis eine „Krankheit der Gesundheit" sei.

Dagegen ist nun, besonders in der neueren Zeit, von verschiedenen Seiten Widerspruch erhoben worden. Dass Psoriasis sehr wohl mit anderen Krankheiten vergesellschaftet sein kann, betont namentlich Radcliffe Crocker[4]), der in 10 Jahren 800—900 Psoriasiskranke zur Beobachtung bekam und bei vielen derselben, namentlich in den schwereren Fällen, neben der Psoriasis die verschiedenartigsten Erkrankungen fand. Shoemaker[5]) führt sogar das Hautleiden auf sehr verschiedenartige Primärleiden zurück.

---

[1]) Hebra, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Auflage, I. Bd., S. 350.

[2]) Green, Compendium der Hautkrankheiten. 1836, pag. 254.

[3]) Devergie, Traité des maladies de la peau. 1854, pag. 496.

[4]) R. Crocker, Monatshefte für praktische Dermatologie. 1894, XVIII, S. 179.

[5]) Shoemaker, Monatsh. f. prakt. Derm. XXI, Heft 2, S. 93.

Für uns von besonderem Interesse sind jedoch Angaben zahlreicher Autoren, die vielfach einen inneren Zusammenhang vermuten lassen zwischen der Psoriasis einerseits und zwischen Störungen im Gebiete des Nervensystems oder Störungen von Seiten der Gelenke andererseits.

Beginnen wir mit der Aufzählung derjenigen Autoren, die ein Zusammenvorkommen der Psoriasis mit nervösen Störungen beobachtet haben.

Gaskoin[6]) sah unter 2000 Hautkranken 141 mal Asthma. Von diesen 141 litten zugleich an Psoriasis 56, also 40 %.

An Zahl bedeutend geringer, aber dafür interessanter sind 4 von Hoelscher[7]) mitgeteilte gleiche Fälle. Er beobachtete bei allen 4 Fällen, bei zweien sogar in mehrfacher Wiederholung, ein mehr oder weniger gleichzeitiges Beginnen und meist auch gleichzeitiges Schwinden der Exacerbationen der Psoriasis und der Lungenerscheinungen, die sich als trockene Bronchitis, verbunden mit asthmatischen Anfällen offenbarten.

Bulkley[8]) fand unter 196 Psoriatikern nur einen, der zugleich an Asthma litt.

Emminghaus[9]) macht auf Psoriasis mit Angstanfällen aufmerksam.

Eulenburg[10]) sah neben Psoriasis neuropathische Anlage, Hysterie und Neuralgie und beobachtete unter dem Einfluss übermässiger Anstrengung der psychischen Sphäre Verstärkung des Ausschlages.

---

[6]) Gaskoin, Über den Zusammenhang zwischen Asthma und Hautkrankheiten. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1875, S. 86.

[7]) Hoelscher, Über die Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis. Inaug.-Dissert. Kiel 1893.

[8]) cf. Hoelscher.

[9]) Emminghaus, Psoriasis mit Angstzuständen. Berliner klinische Wochenschrift. 1873, X.

[10]) Eulenburg, Lehrbuch der Nervenkr. II. Aufl. 1878, S. 332.

Polotebnoff[11]) fand ausserordentlich häufig neben der Psoriasis Nervenerkrankungen der verschiedensten Art und machte daraus eine Einteilung in 8 Gruppen. Er beobachtete ferner ähnlich Eulenburg, dass das Auftreten der Psoriasisrecidive gewöhnlich mit Verschlimmerungen des Nervenleidens zusammenfiel, und gelangte dadurch zu der Vermutung, dass die Psoriasis nur als eins der vielfältigen Symptome einer vasomotorischen Neurose zu betrachten sei. Da er unter 64 Fällen nur 3 sogenannte hereditäre auffinden konnte, dagegen in zahlreichen Fällen nervöse Leiden in der Verwandtschaft entdeckte, so erklärte er das Vorkommen der Psoriasis bei Verwandten durch Vererbung eines abnormen Nervensystems, zumal häufig die Psoriasis nur ein einziges Mitglied einer Familie betreffe, in der alle übrigen an schweren Neurosen leiden. Das seltene Auftreten der Psoriasis bei Verwandten zeige nur, dass Psoriasis als Hauptprocess selten vererbt werde, das häufigere Erbteil sei eben ein abnormes Nervensystem.

Scirsky[12]) und Koslow[13]), von denen ersterer über einen, letzterer über zwei Fälle berichtet, vertreten dieselbe Ansicht wie Polotebnoff.

Bourdillon[14]), auf dessen Arbeit wir gleich näher einzugehen haben, kommt fast zu gleicher Zeit mit Polotebnoff, aber ganz unabhängig von diesem, durch seine Beobachtungen auch zu der Vermutung, dass eine nähere Beziehung zwischen Psoriasis und Leiden des Nervensystems bestehen müsse. Allein in den Angaben über

---

[11]) Polotebnoff, Psoriasis, deren Ätiologie, Verlauf und Behandlung. Dermatolog. Untersuchungen aus der Klinik des Prof. Polot. Lief. II.

[12]) St. Petersburger med. Wochenschrift. 1888, III, S. 21.

[13]) Koslow, Über neuropathische Erscheinungen bei zwei Fällen von Psoriasis. Russkaja Medicina. St. Petersburg 1888. No. 15.

[14]) Bourdillon, Psoriasis et arthropathies, Paris 1888.

21 von ihm selbst beobachtete Fälle finden wir, dass Nervosität in 3, Belastung in 15 Fällen vorlag, während nur in 3 Fällen keins von beiden gefunden wurde.

Gerhardt[15]) berichtet über einen Fall mit zahlreichen Nervenerscheinungen, die aufgetreten waren, als die Psoriasis nach 17jährigem Bestehen sich über den ganzen Körper ausgebreitet hatte.

Nielsen[16]) sah unter 616 Psoriasiskranken etwa 16 mit Leiden des Nervensystems, meint aber, diese seien nicht so auffallend häufig, um allein aus der Häufigkeit eine nähere Relation zwischen ihnen und der Psoriasis annehmen zu können.

Als Abschluss wollen wir noch Autoren wie Batemann[17]), Hardy[18]), Heluz[19]), Leloir[20]), Neumann[21]) und Rosenthal[22]) namhaft machen, die ähnlich wie Eulenburg und Polotebnoff Beobachtungen gemacht haben, die zu beweisen scheinen, dass nicht selten nach Schreck, Ärger oder sonstigen psychischen Einflüssen die Psoriasis recidiviert oder bei bisher Gesunden zum ersten Male sich zeigt.

Wenden wir uns nun dem für unsere Betrachtung wichtigeren Zusammenvorkommen von Psoriasis und Gelenkkrankheiten zu, so finden wir, dass über diesen Gegenstand bisher Bourdillon[23]) die gründlichste und

[15]) Gerhardt, Über das Verh. von Schuppenflechte zu Gelenkerkr. Berl. klin. Wochenschrift 1894, No. 38, S. 86.

[16]) Nielsen, Klinische und ätiologische Untersuchungen über Ps. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892, XV, 7, S. 317 u. 8, S. 365.

[17]) Batemann, Abrégé pratique des maladies de la peau. 1820, pag. 68.

[18]) Hardy, Gaz. des hôpiteaux 1878, No. 37, pag. 40.

[19]) Annal. de Dermat. et de Syphil. 1886.

[20]) Annal. de Dermat. et de Syphil. Bd. VIII.

[21]) Allgem. Wiener med. Centralzeitung.

[22]) Archiv für Dermat. u. Syph. 1893. Ergänzungsheft.

[23]) s. unter 14.

umfangreichste Arbeit geliefert hat. Aus ihr ersehen wir, dass bereits Alibert[24]) auf diese auffallende Erscheinung aufmerksam wurde, während Rayer[25]) einen derartigen Fall einfach erwähnt. Gibert[26]) und nach ihm Cazenave[27]) sind die ersten, welche sehr charakteristische Krankengeschichten über diesen Gegenstand liefern. Die Frage, ob ein innerer Zusammenhang beider Krankheiten bestehe, stellte zuerst Devergie[28]) an der Hand eines von ihm beobachteten Falles, bei dem die Gelenke der Finger und Zehen weniger beweglich und krumm wurden. Bazin[29]), der zweimal dieses Doppelleiden beobachtete, entschied diese Frage zu schroff, indem er eine Psoriasis arthritica und eine Psoriasis herpetica einander gegenüberstellte. Als einziger in diesem Sinne folgte Piogey[30]) mit der Veröffentlichung eines neuen Falles. Ebenfalls je einmal beobachteten dieses Doppelleiden Adams[31]), Germain[32]) und Dyce Duckworth[33]), während Duron[34]) 4 Fälle veröffentlichte.

Bourdillon selbst berichtet über 36 Fälle von Psoriasis mit Gelenkleiden. Von diesen hat er persönlich 21 beobachtet, 10 sind ihm von Janselme, 2 von Le-

---

[24]) Alibert, Traité des maladies de la peau, édition 1822.

[25]) cf. Bourdillon.

[26]) cf. Bourdillon.

[27]) Cazenave, Abrégé pratique des maladies de la peau. 1847.

[28]) Devergie, Traité des maladies de la peau. 1854.

[29]) Bazin, Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau de nature arthritique et dartreuse. 1868.

[30]) Piogey, Psoriasis arthritique. Société méd. des hôp. 1878.

[31]) Adams, Observation de psoriasis associé avec des ostéo-arthrites. 1881.

[32]) Germain, Observation de psoriasis associé au rhumatisme. Société médicale de Lyon, avril 1886.

[33]) Dyce Duckworth, Psoriasis mit Rheumatismus in Dermat. exfol. übergehend. Brit. med. Journ. 1887.

[34]) Duron, Quelques considérations sur les rap. du psor. et du rhum., et en particulier du rhum. chron. fibreux. Thèse de Paris 1886.

loir mitgeteilt worden, während er den Rest von 3 aus der Litteratur entnommen hat. Letztere sind die von Piogey und Duckworth beschriebenen Fälle und ein Fall von Duron.

Bourdillon leugnet nicht die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens von Rheumatismus und Psoriasis, doch hält er dies für eine zu zwangsmässige Erklärung bei einer so eigenartigen Häufigkeit dieses Doppelleidens. Besnier[35]) schätze nach seinen Beobachtungen, dass unter 100 Psoriasiskranken 5 mit Gelenkleiden behaftet seien, also 5 %. Janselme[36]) gar hat unter 13 zur Behandlung gekommenen Individuen 10 beobachtet, die Gelenkschmerzen hatten oder doch wenigstens gehabt hatten, was etwa 77 % entsprechen würde. Bourdillon selbst bemerkte dieses unter 40 Psoriasiskranken, die neu bei Besnier eintraten, fünfmal, also in 12,5 % der Fälle.

An der Hand seines gesammelten Materials macht nun Bourdillon auf verschiedene Umstände aufmerksam, die bei einer grösseren oder kleineren Gruppe von Fällen Übereinstimmendes zeigen, um darzuthun, dass man es hier nicht mit einem zufälligen Zusammentreffen mit einer Art Gelenkrheumatismus oder mit Arthritis deformans zu thun habe, sondern mit einer besonderen Art von Gelenkerkrankung. Diese Angaben bestehen etwa in Folgendem:

Unter den aufgezählten 36 Fällen bestand die Psoriasis meistens schon seit einiger Zeit, ja zuweilen seit Jahren, ehe die Gelenkaffektionen erschienen. Nur viermal traten beide Leiden zugleich auf und dreimal zuerst die Gelenkkrankheit, wobei aber in zwei Fällen bereits nach 4 Wochen sich auch die Psoriasis einstellte.

[35]) cf. Bourdillon u. Monatshefte für prakt. Dermat. 1892, XIV, S. 314.

[36]) cf. Bourdillon.

Oft bestand eine enge Beziehung zu der Hautkrankheit, denn die Gelenkleiden erschienen entweder im Gefolge vielfacher, sich mehr und mehr nähernder Recidive der Psoriasis, oder gelegentlich eines neuen Ausbruches oder einer allgemeineren Ausbreitung, oder endlich, wenn der Hautausschlag einen hartnäckigeren Charakter annahm.

Sociale Stellung, Profession, Einwirkung feuchter Kälte waren nicht als begründete Ursache des Auftretens der Erkrankung hinzustellen.

Die Anfälle zeichneten sich aus durch lange Dauer, die 2—4 und mehr Monate betrug, sodass sich unterdessen zuweilen eine neue Attaque anschloss.

Bei Ausbreitung auf eine grosse Anzahl Gelenke war die Erkrankung anscheinend hartnäckiger.

Zuweilen war eine Neigung zu Recidiven bemerkbar, durch welche nach und nach immer mehr Gelenke ergriffen und immer grössere Störungen in der Bewegungsfähigkeit der ergriffenen Gelenke herbeigeführt wurden.

Die Recidive waren oft intensiver als die früheren Attaquen.

Die einzelnen Krisen näherten sich mehr und mehr, sodass die Ruhepausen immer kleiner wurden.

Es änderte sich der Charakter der Psoriasis. Sie breitete sich aus, ergriff die Nägel, wurde hartnäckiger und wich nicht mehr den Heilmitteln.

Gleichzeitig verschlimmerten sich beide Leiden.

Es fehlten Komplikationen, die das Endocardium, Pericardium oder die Pleura betreffen und die bei dem gewöhnlichen Gelenkrheumatismus so häufig sind. Nur bei zwei Frauen mit seit Jahren bestehenden Gelenkleiden liessen sich seit kurzer Zeit systolische Herzgeräusche nachweisen, in beiden Fällen am stärksten im II. linken Intercostalraum.

Ein unzweifelhafter Nachweis eines acuten Gelenkrheumatismus war nie zu erbringen.

Meist war nur ein Gelenk befallen, und in den Fällen, wo zugleich mehrere erkrankt waren und Fieber sich zeigte, waren mit Vorliebe und zuerst gerade die kleinen Gelenke, namentlich die Metacarpo-phalangealgelenke befallen.

Salicyl half nur zuweilen in leichten Fällen, sonst blieb es wirkungslos.

Nie entwickelte sich schnell Anämie.

Der Schweiss war oft unterdrückt, zuweilen beschränkt auf gewisse Gegenden.

Wie Bourdillon die übrigen Gelenkleiden ausschliesst, darauf wollen wir nicht näher eingehen, nur sei noch erwähnt, was er ausser bereits oben Gesagtem hauptsächlich gegen die Arthritis deformans, die nach ihm die meiste Ähnlichkeit mit wenig vorgeschrittenen Fällen unserer in Rede stehenden Erkrankung haben kann, ins Feld führt:

Den nicht so schleichenden Beginn.

Die schnellere Entwickelung der Deformitäten und die schärferen Krisen.

Das Fehlen der Prädilection des weiblichen Geschlechts, denn von den 36 Kranken waren 27 Männer, also nur 9 Weiber, was trotz des häufigeren Vorkommens der Psoriasis bei Männern auffallend sei.

Die Richtung der deformierten Finger und Zehen gehe nicht immer nach aussen, sondern sei höchst verschieden. Zugleich bestehe zuweilen Axendrehung der Phalangen.

Das Vorschreiten sei nicht immer symmetrisch.

Röte, Schwellung, Hyperästhesie.

Bourdillon schliesst nun, dass diese Art Gelenkrheumatismus in engem Zusammenhange stehen müsse mit der Hautkrankheit. Er ordnet ihn aber, zumal ei

einige Male zugleich mit, ja sogar vor der Hauterkrankung erschien, dieser nicht unter, sondern bei, und nimmt als gemeinsame Ursache beider das Nervensystem an, und zwar speciell trophischen Einfluss. Bestärkt wird er in dieser Annahme dadurch, dass er, wie bereits oben bemerkt, bei den 21 von ihm selbst beobachteten Fällen fast stets Nervenkrankheiten der Kranken selbst oder deren Vorfahren konstatieren konnte, ein Umstand, der ihn sogar die Vermutung aussprechen lässt, dass man bei einem Psoriasiskranken, der neuropathisch belastet oder selbst nervenkrank sei, das Eintreten von Gelenkerscheinungen zu befürchten habe.

Es war Bourdillon unbekannt geblieben, dass bereits kurze Zeit vor ihm Polotebnoff[37]) Angaben über Psoriasis mit Erkrankungen der Gelenke gemacht hat. Diese Angaben finden wir in der 8 Fälle umfassenden IV. Gruppe seiner Einteilung. Polotebnoff fasst in dieser Gruppe diejenigen Fälle zusammen, bei denen er neben subjectiven und objectiven Symptomen des Nervensystems Erkrankungen der Gelenke und Knochen beobachtete, die sich in intermittirenden dumpfen Schmerzen und in Verunstaltungen offenbarten. Er fand ferner ähnlich wie Bourdillon, dass die schmerzhaften Erscheinungen eine gewisse enge Beziehung zu dem sonstigen Befinden des Patienten verrieten, indem sie sich gewöhnlich gelegentlich einer Verstärkung der nervösen Symptome und eines neuen Psoriasisausbruchs zeigten. Wie Bourdillon sah er auch mehrfach, dass nur die Finger, also nur kleine Gelenke schmerzhaft und geschwollen waren.

Auch nach Bourdillon finden wir noch eine Reihe von Hinweisen auf das Doppelleiden Psoriasis und Gelenkrheumatismus.

So sah Unna[38]) bei Besnier in Paris einen derartigen

[37]) s. unter 11.

[38]) Pariser Brief. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1888. pag. 606.

Fall und schreibt darüber, wie folgt: „Hier handelt es sich nicht um eine einfache rheumatische Affektion, sondern um eine ganz besondere Gelenkaffektion, und auch der Charakter dieser acuten, diffusen, erythematösen Psoriasis war ein ganz eigentümlicher.“ Im Anschluss daran erinnert Unna an einen ähnlichen Fall unter seinen eigenen Patienten.

Shoemaker[39]) stellte einen Patienten vor, der seit 19 Jahren an wiederholten Recidiven der Psoriasis gelitten und merkwürdiger Weise bei jedem eine rheumatische Attaque durchzumachen hatte. Therapeutische Eingriffe waren erfolglos geblieben.

Tommasoli[40]) berichtet über einen Psoriasiskranken mit Gelenkschmerzen und Deformationen der Fingergelenke.

Schütz[41]) beobachtete unter 100 Psoriatikern nur einen, der an universeller Psoriasis leidend bei einem erneuten Ausbruch derselben an einem subacuten Gelenkrheumatismus erkrankte. Er regt hierbei, zumal er neben der Psoriasis auch eine zweimal recidivirende Bronchitis sah, die Frage an, ob nicht solche Fälle vermuten lassen, dass der Psoriasisprocess sich nicht nur in den obersten Schichten der Körperhaut abspiele, sondern auch auf serösen Häuten und Schleimhäuten Veränderungen hervorrufen könne, die dann, weil hier wegen der andersartigen Struktur der Häute zu Verhornungs- und Abschuppungsvorgängen nicht Gelegenheit gegeben sei, als Katarrh oder einfache Hyperämie verlaufen würden. Eine analoge ödematöse Durchtränkung und Verdickung dieser Membranen würde aber hinreichend

---

[39]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1888. pag. 1254.

[40]) Jahresbericht über die Fortschritte der Medicin. 1892. II.

[41]) Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. 5. pag. 739.

die Symptome und bei Gelenken auch eine Veranlassung zur Entzündung erklären.

Gerhardt[42]) veröffentlicht aus seiner Klinik drei Fälle von Psoriasis mit Gelenkerkrankung und sagt in Rücksicht auf seinen zuerst erwähnten Kranken: „Wer einen solchen Fall gesehen und mit den Beobachtungen bei Bourdillon verglichen hat, wird sich der Ansicht nicht verschliessen können, dass zwischen Psoriasis und mehrfachen eigenartigen Gelenkerkrankungen ein fester Zusammenhang" bestehe.

Eger[43]), welcher drei Krankengeschichten über das vorliegende Doppelleiden veröffentlicht, geht noch einen Schritt weiter als die bisher genannten Autoren, da er ein neues Moment nicht unberücksichtigt lassen will. Einer seiner Patienten litt seit 31 Jahren an Psoriasis, hatte aber nie Rheumatismus gehabt, während die Mutter desselben zwar keine Psoriasis, wohl aber neben einem Nervenleiden Arthritis deformans gehabt hatte, die hauptsächlich die kleinen Fingergelenke betraf. Da nun einige Krankengeschichten Bourdillons Ähnliches bieten und Gaskoin[44]) einen Zusammenhang der Arthritis deformans mit verschiedenen Hautkrankheiten, besonders mit Alopecia, Lichen und Psoriasis beobachtet haben will, indem genannte Hautkrankheiten nicht nur bei Personen mit Arthritis deformans, sondern auch bei solchen, deren Eltern mit Arthritis deformans behaftet gewesen waren, auftraten, so fühlt sich Eger zu der Bemerkung veranlasst, dass die Gelenkerkrankungen der Eltern und die Psoriasis der Kinder als etwas mehr wie Zufall erscheinen.

In ganz anderem Sinne als die genannten Autoren

[42]) s. unter 15.

[43]) Eger, Ueber das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 38. S. 861.

[44]) Med. Press and Circular. June 1874.

sehen wir Nielsen[45]) sich über dieses Doppelleiden aussprechen, wobei er ausserdem noch chronischem Alcoholismus der Psoriasis gegenüber dieselbe Stellung zuweist wie dem chronischen Gelenkrheumatismus.

Nielsen sah unter 616 Individuen, die mit Proriasis behaftet waren, 18 mit Gelenkrheumatismus. Von diesen bringt er bei 12 Individuen das Gelenkleiden überhaupt nicht in Beziehung zur Psoriasis, sondern erklärt dasselbe je einmal als Arthritis genu und Arthritis deformans, zweimal als gonorrhoisch und dreimal als typische Polyarthritis rheumatica acuta, wobei einmal sogar ein morbus cordis zugleich zur Beobachtung gekommen sei. Weiter hätten fünf, darunter drei Alkoholisten, schnell vorübergehende rheumatische Gelenkleiden eines oder weniger, besonders grosser Gelenke gehabt, und es seien bei keinem dieser 12 Individuen an der Psoriasis besondere Eigentümlichkeiten wahrzunehmen gewesen. Wohl aber habe die Psoriasis bei den noch übrig bleibenden 6 Fällen besondere Verhältnisse dargeboten, indem sie in drei Fällen mit chronischem Gelenkrheumatismus oder Arthritis deformans inveterirten Charakters und, wenn man von einem Falle absehe, auch sehr verbreitet gewesen sei. Bei den drei letzten Individuen endlich, von denen zwei, darunter ein starker Alkoholiker, an chronischem Gelenkrheumatismus und einer an Arthritis deformans gelitten habe, seien gleichzeitig Exacerbationen der Gelenkleiden und der Psoriasis aufgetreten, wobei letztere in allen drei Fällen sehr verbreitet gewesen sei. Daneben habe sie einmal inveterirten Charakter gezeigt und einmal den einer Dermatitis exfoliativa. Dieses Verhalten der Psoriasis in den 6 letzten Fällen erklärt Nielsen nun damit, dass chronische Gelenkleiden und chronischer Alcoholismus in gewissen Fällen einen verschlimmernden

[45]) s. unter 16.

Einfluss auf die Psoriasis ausüben können, so dass diese sich zu bedeutenden Graden entwickele und namentlich oft den Charakter einer Psoriasis inveterata annehme.

Angesichts dieser zahlreichen Angaben über Beobachtungen des Zusammenvorkommens von Psoriasis und Gelenkrheumatismus drängt sich uns wohl die Frage auf, ob sich nicht als Erklärung für diese auffällige Erscheinung ein gemeinsamer ätiologischer Berührungspunkt für dieses Doppelleiden finden lasse.

Bei der am nächsten liegenden Frage nach der Ätiologie der Psoriasis, tritt uns aber gleich eine Schwierigkeit entgegen; denn wir müssen leider bekennen, dass kein Mensch weiss, was Psoriasis ist, da es noch nicht gelungen ist, einen stichhaltigen Beweis für das Wesen der Psoriasis zu erbringen. Wohl aber sind dafür um so zahlreichere Hypothesen aufgestellt worden, von welchen sich jedoch nur zwei zur Erörterung eignen, die parasitäre und die jetzt wohl am meisten Anerkennung findende neuropathische.

Als Stützpunkte für die parasitäre Theorie der Psoriasis werden von den Verteidigern derselben folgende Gründe ins Feld geführt:

1. das periphere Wachstum der Efflorescenzen,
2. der chronische Verlauf mit wiederholten Recidiven,
3. die Beobachtung einzelner Fälle, die eine Übertragung vermuten lassen,
4. die sicherere Heilung durch lokale Behandlung als durch innere,
5. die bisweilen günstige Wirkung acuter und chronischer Leiden,
6. das häufigere Vorkommen bei Männern,
7. der zerstreute, bisweilen sehr acute Ausbruch der Efflorescenzen, und endlich indirekt,
8. das Fehlen des Nachweises pathologischer Veränderungen des peripheren oder centralen Nervensystems.

Dagegen sprechen für die Auffassung der Psoriasis als Nervenerkrankung:

1. die Neigung der Efflorescenzen zu symmetrischem Auftreten,
2. die Wirkung des Arsens,
3. der chronische und unberechenbare Verlauf trotz der leichten Anwendungsweise antiparasitärer Mittel,
4. die Neigung zu häufigen spontanen Remissionen, die sogar bis zum völligen Verschwinden führen können,
5. die Unheilbarkeit, d. h. die bei jedem Falle bis zum Lebensende vorhandene Neigung zu Recidiven, selbst wenn Jahre lang überhaupt keine Erscheinungen vorhanden waren,
6. die nicht seltene Vererbung,
7. die Möglichkeit des Hervorrufens von Efflorescenzen durch örtliche Reize, z. B. sogar durch Chrysarobinbehandlung, und endlich indirekt,
8. das Fehlen des positiven Nachweises sowohl einer direkten Übertragung als auch eines Krankheitserregers.

Ganz besonders hervorheben wollen wir, dass auch unsere oben gemachten Angaben über das Zusammenvorkommen von Psoriasis und Nervenstörungen schon wegen der vielfach zu Tage getretenen engen Beziehungen zwischen beiden Affektionen sehr für die neuropathische Natur der Psoriasis sprechen.

Als der Psoriasis zu Grunde liegende Erkrankung des Nervensystems denkt man sich eine an irgend einer Stelle desselben eingetretene functionelle Störung der trophischen Nerven.

Gehen wir nun zu der Frage nach der Ätiologie der Erkrankung der Gelenke über, so tritt uns eine zweite Schwierigkeit entgegen, nämlich die grosse Anzahl teils bewiesener, teils vermuteter Ursachen für das Zu

standekommen derselben. Im Grossen und Ganzen lassen sich jedoch alle diese Ursachen in vier Gruppen unterbringen:

1. Infectionskrankheiten,
2. Gifte, welche chemisch wirken,
3. Hämorrhagische Diathesen und
4. Nervenleiden centraler und peripherer Art.

Von diesen vier Gruppen könnte man also die erste und letzte in Beziehung zu der Psoriasis bringen, und zwar erstere bei Anerkennung der parasitären Theorie der Psoriasis, letztere dagegen, wenn wir uns zur neuropathischen Theorie bekennen. Da nun aber, wie erwähnt, die neuropathische Theorie der Psoriasis am meisten Anerkennung findet und wohl auch verdient, so würde auch dem neuropathischen Ursprunge der in Frage stehenden Gelenkleiden der Vorzug zu geben sein. Dieses thun auch einige der in Betracht kommenden Autoren. · Polotebnoff erkennt den neuropathischen Ursprung unbedingt an, indem er ohne weiteres diese Gelenkleiden als nervöse Symptome auffasst, Bourdillon ist sehr geneigt, neuropathischen Ursprung gelten zu lassen, und auch Gerhardt erklärt sich dafür, falls sich eine etwas grössere als zufällige Häufigkeit des Zusammentreffens von vielfachen Gelenkerkrankungen mit Psoriasis erweisen liesse.

Vorstehendes zeigt uns, dass eine gemeinsame ätiologische Basis für Psoriasis und Gelenkrheumatismus zwar sehr wohl denkbar, aber nicht erwiesen ist. Ein positiver Beweis von dieser Seite dürfte wohl überhaupt kaum erbracht werden können, da wir wohl niemals imstande sein werden, rein functionelle Störungen des Nervensystems positiv zu beweisen. Wir sind daher bei der Beurteilung des vorliegenden Doppelleidens umsomehr genötigt, unsere Aufmerksamkeit auf die klinischen Erscheinungen zu richten.

Im Folgenden wollen wir von diesem Gesichtspunkte aus über einen Kranken berichten, der an Psoriasis und Gelenkleiden litt und klinisch sehr viel Bemerkenswertes bot. Der betreffende Krankheitsfall ist zwar für die Litteratur nicht neu, denn er betrifft den ersten Fall aus Gerhardts Bericht, doch dürfte er dennoch von Interesse sein, weil er uns gestattet den Krankheitsbericht noch für $1^1/_2$ Jahre fortzusetzen, nach welcher Zeit der Exitus eintrat. Dieser Umstand giebt uns noch dazu die Möglichkeit, das Sectionsprotokoll beizufügen, was um so wesentlicher ist, weil unseres Wissens in der Litteratur nur ein einziger Sectionsbericht über einen derartigen Fall bekannt geworden ist und zwar durch Piogey[46]).

Hermann Pr. wurde geboren am 27. VI. 1872 in Pommern. Sein Vater war potator, sehr zornig und erhängte sich etwa im Alter von 34 Jahren. Seine Mutter lebt, sie ist schwächlich und kränklich. Weder Vater noch Mutter sollen Psoriasis oder Gelenkrheumatismus gehabt haben. Geschwister sind nicht vorhanden. Der Grossvater väterlicherseits hat einen geringfügigen Ausschlag gehabt. Pr. selbst bekam gleich nach seiner Geburt eine Augenkrankheit, die sehr lange angehalten und bewirkt haben soll, dass er kaum sehen konnte. Bis zum 7. Jahre musste er einen grünen Augenschirm tragen. Über Kinderkrankheiten weiss er nichts anzugeben, nur soll er als Kind sehr reizbar und aufgeregt gewesen sein.

Im 9. Lebensjahre (1881) bekam Pr. einen fleckigen, trockenen, schuppenden Hautausschlag, der an der Brust begann und sich über den ganzen Körper und über sämtliche Extremitäten ausbreitete mit Ausnahme des Gesichts, der Hände und Füsse. Der Ausschlag, welcher

---

[46]) s. unter 30.

so stark juckte, dass er zum Kratzen zwang, wurde von Laien mit grüner Seife und Urin behandelt und verschwand vollständig nach einem halben Jahr.

Drei Jahre später (1884) trat derselbe Ausschlag von neuem auf. Dieses Mal zeigte er sich zuerst auf dem Kopfe, von wo aus er sich allmählich wieder über den ganzen Körper und über alle Extremitäten in der früheren Ausdehnung ausbreitete. Der Ausschlag war jetzt bedeutend stärker als früher und ist seit dieser Zeit niemals mehr ganz geschwunden, wenn sich auch ab und zu Besserungen gezeigt haben. Mit 15 Jahren wurde Pr. Sattler.

Im 16. Lebensjahre (1888) bekam er gelegentlich eines neuen sehr starken Ausbruches der Psoriasis ganz plötzlich und ohne bekannte Ursache, namentlich ohne feuchter Kälte ausgesetzt gewesen zu sein, Schmerzen und Anschwellungen in beiden Fusssohlen und Fussrücken, wodurch ihm das Gehen sehr erschwert wurde. Erst im Jahre 1892 nahm Pr. zum ersten Male ärztliche Hülfe in Anspruch, indem er sich wegen seines Ausschlages und seiner Schmerzen in den Füssen in das Krankenhaus Bethanien in Stettin aufnehmen liess. Dort blieb er 12 Wochen und wurde mit Quecksilbersalbe, Chrysarobin und Arseniktropfen behandelt. Dabei verschwanden die Schmerzen fast vollständig, und der Ausschlag ging zurück bis auf einen kleinen „Rand“, der an der Brust bestehen blieb.

Drei Monate befand sich Pr. wohl, abgesehen von einer geringen Schwäche, die in den Füssen zurückgeblieben war. Dann aber traten zugleich der Ausschlag und die Schmerzen in den Füssen wieder in der alten Weise auf. Infolgedessen suchte Pr. das Lazarus-Krankenhaus in Berlin auf, wo er mit Jodtrichlorid-Seifenschaum, Chrysarobin und Arseniktropfen behandelt wurde. Nach einem Aufenthalte von 11 Wochen war er wieder bis

auf den schon erwähnten „Rand“ auf der Brust geheilt.

Im Februar 1893 fand wieder ein Rückfall beider Leiden zugleich statt, sodass Pr. wieder ein Krankenhaus aufsuchen musste, es war Bethanien in Stettin. Hier wurde er mit Pyrogallolsalbe, Schwefelsalbe, Chrysarobin, Ichthyol, Resorcin und Eisenpillen behandelt, wobei die Salben gleichzeitig an verschiedenen Körperstellen appliciert wurden. Als er 14 Tage im Krankenhause zugebracht hatte, bekam er plötzlich starke Schmerzen in fast allen Gelenken der Finger und Zehen mit gleichzeitiger Gelenkschwellung, sodass Finger und Zehen steif wurden. Verschont blieben nur die Daumen. Heisse Sandbäder an den Händen nutzten nichts. Als er nach einem Aufenthalt von $15^1/_2$ Wochen das Krankenhaus verliess, war der Ausschlag wieder fast vollständig verschwunden. Dagegen dauerten die Schmerzen in den Füssen und die Anschwellungen und Schmerzen in den Finger- und Zehengelenken in gemilderter Form noch fort, um mit der Zeit immer geringer zu werden, ohne jedoch ganz aufzuhören.

Anfang November 1893 begann der Ausschlag wieder von neuem sich zu verbreiten, sodass Pr. nun Aufnahme in der Charité suchte.

Am Tage der Aufnahme, am 14. XII. 1893, war der Status folgender:

Mittelgrosser, schmächtiger Mann mit schwacher Muskulatur und geringem Fettpolster. Der Patient nimmt active Rückenlage ein. Das Gesicht ist leicht gerötet, der Gesichtsausdruck natürlich. Der Blick ist frei.

Die Lippen sind rot, die Conjunctiven blassrot.

Haut: Gleichmässig warm, trocken bis auf vola manus und dorsum pedis.

Der grösste Teil der Körperoberfläche ist mehr oder weniger eingenommen von verschiedenartig gestalteten,

mit weisser schuppender Kruste versehenen Stellen. Diese Flecke halten sich zwischen der Grösse einer Erbse und der eines Fünfmarkstückes. Sie jucken und haben meist einen erhabenen Rand. Die Krusten kann man leicht und schmerzlos entfernen, wobei eine gleichmässig rote Fläche zum Vorschein kommt. Am meisten ergriffen sind Brust und Kopf. Fast frei sind die Beugeflächen der Extremitäten, die Unterarme, die Oberschenkel und der Bauch. Letzterer zeigt jedoch um den Nabel herum eine Zone zahlreicher confluierender Efflorescenzen. Ganz frei sind nur Nacken, linker Handrücken und Scrotum. Die Stirn ist wie mit kleinen Flecken besät, die an der Haargrenze zu einem förmlichen Bande zusammengeflossen sind. Die ganze behaarte Kopfhaut ist ebenfalls mit zahlreichen kleinen Flecken bedeckt. Stellen von dichterem Zusammenstehen finden sich hinter beiden Ohren und beiderseits am Halse um den Kieferwinkel herum. Auch in den äusseren Gehörgängen tritt das Exanthem auf. Auf der Brust findet man die grösste Confluierung. Von der II.—VII. Rippe auf dem Sternum und rechts desselben bis zur Parasternallinie findet sich ein grosser, roter, unregelmässig begrenzter Fleck, nur mässig mit weissen Schuppen bedeckt. Kleinere Flecken von der Grösse eines Zweimarkstückes und darüber sieht man um beide Brustwarzen und abwärts beiderseits bis zu den Rippenbögen. Auf dem Rücken nehmen die Flecke hauptsächlich ein kleines Gebiet vom 7. Halswirbel bis ungefähr zum 3. Brustwirbel ein und zerstreuen sich ferner in geringem Masse über den ganzen Rücken. Schliesslich sind noch grosse Flecke auf den Dorsalflächen beider Unterschenkel zu erwähnen, während sehr kleine Eruptionen in vola manus und planta pedis vorkommen.

Die Finger- und Zehennägel sind rauh, verdickt

und zeigen Neigung zu Zersplitterung. Von früher überstandenem gleichen Ausschlag sind an vielen Körperstellen, besonders auf dem Bauche, braune Pigmentierungen von verschiedener Grösse zurückgeblieben. Die Leistendrüsen sind bis Bohnengrösse geschwollen. Im Sulcus coronarius, links vom Frenulum, anscheinend alte Geschwürsnarbe. Infection wird verneint.

Die Finger der rechten Hand zeigen Steifheit in den Interphalangealgelenken, während in den Metacarpophalangealgelenken die aktive Beweglichkeit erhalten ist. Passive Beweglichkeit ist in allen Fingergelenken nur in geringer Ausdehnung möglich. Es besteht dorsale Contractur in den ersten, volare in den zweiten Interphalangealgelenken. Ausserdem sind die Mittelhandgelenke des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers angeschwollen.

Linke Hand: Dorsalcontractur in den Metacarpophalangealgelenken, Volarcontractur in den Interphalangealgelenken, die im I. Interphalangealgelenk des Zeige-, vierten und fünften Fingers zur Ankylose geworden ist. Schwellung besteht in den Gelenken des Daumens und in den genannten drei ankylotischen Gelenken.

An beiden Füssen besteht starke Schwellung, Schmerzhaftigkeit und herabgesetzte Bewegungsfähigkeit der Zehen.

Die Unterschenkel zeigen Atrophie. Am rechten beträgt der Umfang $26^1/_2$, am linken 26 cm.

Respirationsapparat: Thorax gut gebaut. Brustumfang rechts und links 42 cm. Vitalcapacität 2830. Atmung regelmässig, costoabdominal, 18 in der Minute. Atmen überall rein vesiculär und weich. Lungenschall überall voll und laut. Zwerchfellstand am oberen Rande der VI. Rippe. Kein Husten, kein Auswurf.

Digestionsapparat: Mundhöhle frei, Zunge belegt, Appetit gut, Stuhlgang regelmässig.

Lebergrenzen oben: oberer Rand der IV. Rippe, unten: mit dem Rippenbogen abschneidend.

Milzgrenzen oben: unterer Rand der IX. Rippe, unten: Rippenbogen, vorn: Costoarticularlinie.

Circulationsapparat: Herzdämpfung oben: oberer Rand der IV. Rippe, rechts: linker Sternalrand, links: Parasternallinie. Spitzenstoss im IV. Intercostalraum etwas nach innen von der Mammillarlinie fühlbar. Herztöne rein bis auf den I. Ton über der Spitze, der langgezogen und etwas unrein ist. Puls regelmässig, voll, weich, 90 in der Minute. Arterie gradlinig, gut gespannt.

Nervensystem: Sensorium frei. Reflexe sämtlich vorhanden. Patellarreflex rechts stärker als links. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf Licht und Accommodation. Im linken Fusse Tremor.

Urin: sauer, klar, hellgelb, keine pathologischen Bestandtheile.

Laryngoskopischer Befund: Rachenhöhle und Nase frei. Starke Entwickelung der Papillae circumvallatae. Epiglottis erscheint in der Mitte nach beiden Seiten hin gleichmässig verdickt. Stimmbänder sehr breit, von grauroter, glänzender Farbe.

In beiden Ohren, wie bereits angegeben, schuppender Ausschlag von derselben Beschaffenheit wie auf der Haut. Rechts: äusserer Gehörgang stark angeschwollen, sodass man nur einen kleinen Teil des Trommelfelles übersehen kann, der normales Aussehen zeigt. Links: äusserer Gehörgang stärker ekzematös und stärker geschwollen. Soweit man das Trommelfell übersehen kann, ist es normal.

Krankengeschichte.

Wie oben geschildert, zeigte Pr. bei seiner Aufnahme am 14. XII. 1893 neben einem sehr ausgebreiteten Psoriasisrecidiv Schwellung einiger Fingergelenke und der Füsse und geringe Schmerzhaftigkeit in den Zehen. Vier Tage später jedoch wurden die Schmerzen in den Zehengelenken so heftig, wie sie seit dem vorhergegangenen Psoriasisrecidiv, das am Anfang des Jahres 1893 aufgetreten war, nicht gewesen waren. Zu gleicher Zeit stellten sich auch in den Fingergelenken sehr starke Schmerzen ein. Die grossen Gelenke, die bisher sowohl bei den früheren Erkrankungsperioden als auch bei der jetzigen alle vollständig gesund geblieben waren, begannen nun auch eins nach dem anderen zu erkranken. Den Anfang damit machten die Fussgelenke. Diesen folgten zunächst vier der linken Körperhälfte angehörende Gelenke, indem

am 23. XII. 1893 das Knie- und Hüftgelenk,
am 23. I. 1894 das Handgelenk und
am 2. II. 1894 das Kiefergelenk

von starken Schmerzen befallen wurden.

Zu diesen genannten Gelenken der linken Seite gesellten sich nachträglich in etwas schnellerer Aufeinanderfolge noch drei grosse Gelenke der rechten Seite, von denen

am 10. II. 1894 das Kniegelenk,
am 12. II. 1894 das Kiefergelenk und
am 25. II. 1894 das Hüftgelenk

erkrankte.

Am 10. III. 1894 begannen sogar in den Gelenken der Halswirbelsäule heftige Schmerzen aufzutreten.

Schwellung und Ergüsse in die Gelenkhöhle zeigten sich nur in beiden Kniegelenken und im linken Hand-

gelenk, und zwar liess sich beim Handgelenk die Fluctuation zugleich mit dem Auftreten der Schmerzen nachweisen, beim rechten Kniegelenk aber 6 Tage und beim linken Kniegelenk erst 26 Tage später. Diese drei Ergüsse schwanden ziemlich gleichzeitig im Anfang des März 1894. Die Schmerzen aber in allen befallenen Gelenken hielten an bis Mitte April 1894, indem sie bald in dem einen, bald in dem anderen, bald in mehreren zugleich besonders heftig auftraten, und liessen erst von Mitte April bis Mitte Mai allmählich nach.

Sehr auffällig war in den ersten Monaten dieser Erkrankung die ungeheuer schnelle Abnahme des Körpergewichts des Patienten, zumal derselbe ohnehin schon bei seiner Aufnahme sehr mager war und nur 52,5 kg wog. Dieses an und für sich schon niedrige Gewicht verminderte sich bis zum 2. III. 1894 um 12,5 kg, sodass es nur noch 40,0 kg betrug. Erklärlich wird dies nur dadurch, dass sich in dieser Zeit sehr rapide eine fast allgemeine Muskelatrophie entwickelte.

Bei der Behandlung der Gelenkleiden stellte es sich bald heraus, dass unsere gewöhnlichen Antirheumatica uns vollständig im Stiche liessen. Es wurden nacheinander versucht Antipyrin, Salol, Natrium salicylicum, Phenocoll und Phenacetin, jedoch ohne allen Erfolg. Chininum sulfuricum zeigte zwar keinen Einfluss auf die Gelenkschmerzen, schien aber am besten gegen das beständige Fieber zu wirken. Gegen die fortwährend bestehenden, manchmal fast unerträglichen Schmerzen blieb also als letzte Zuflucht nur das Morphium. Sehr viel Mühe gab man sich, um eine beiderseitige, fast spitzwinklige Kniegelenkstellung wieder zu beseitigen, die dadurch entstanden war, dass der Patient wegen der besonders starken Schmerzen in den Knieen gezwungen wurde, dieselben gebeugt zu halten. Bereits am 8. V. 1894, als die Schmerzen schon bedeutend nachgelassen

hatten, begann man mit Streckversuchen, die man später im warmen Bade fortsetzte, weil es sich bald herausstellte, dass bei den hierzu nötigen Manipulationen die Schmerzhaftigkeit im Bade viel geringer war als im Bett. Damit verband man erfolgreich die Lockermachung der Patellae, von denen die linke besonders fest verwachsen war. Am 15. V. gelang es bereits, das rechte Knie fast bis zur Graden zu strecken. Und Ende Juli war man allmählich so weit gekommen, bereits von einer gewissen leichten, allerdings nur passiven Beweglichkeit beider Gelenke sprechen zu können, da wurde man am 1. VIII. plötzlich gezwungen, diese Bemühungen aufzugeben, da jetzt wieder äusserst heftige Schmerzen in beiden Kniegelenken auftraten.

Gegenüber der Psoriasis zeigte sich die Therapie gerade so erfolglos wie gegenüber den Gelenkleiden. Gleich zuerst, vom 15. XII. 1893 ab wandte man Arsen an, doch ohne Erfolg. Dann folgte, noch bevor man das Arsen aussetzte, am 2. I. 1894 ein Versuch mit Jodkali in steigenden Dosen nach Greve[47]). Man begann mit 5,0 pro die und erreichte die Höhe von 14,0 pro die, brach aber am 3. II. 1894 diesen Versuch ab, weil der Kranke immer mehr fieberte. Unterstützt wurde die Jodkalibehandlung vom 15. I. ab durch Chrysarobin, aber eine nennenswerte Wirkung liess sich, abgesehen von einer ganz geringen Besserung der Psoriasis auf der Brust, nicht constatieren. Am 1. VI. 1894 begann von neuem eine Behandlung mit Arsen, unterstützt von Chrysarobin und Traumaticin, aber die Psoriasis besserte sich nicht. Sie zeigte fortwährend eine sehr reichliche Abschuppung, aber auch eine ebenso starke Neubildung von Flecken, ja selbst die begonnene Abheilung der Plaques auf der Brust machte Halt.

[47]) Jahresbericht über die Fortschritte der Medicin. 1882, II, S. 471.

Wie schon gesagt, liessen die Gelenkschmerzen Mitte Mai nach. Von dieser Zeit an zeigten sie sich nicht mehr spontan, sondern nur bei Druck oder bei ausgiebigen Bewegungen der Gelenke, und der Patient erfreute sich eines gewissen Wohlbefindens, zumal nun auch sein Schlaf nicht mehr durch Schmerzen gestört wurde. Mit der Wiederkehr eines besseren Appetites erholte sich der Kranke unbeschadet seiner stark schuppenden Psoriasis langsam wieder etwas, sodass Ende Juli 1894 sein Körpergewicht sich bis auf 46,5 kg gehoben hatte.

Anfang August 1894 aber stellten sich, während die Psoriasis, obwohl sie bereits sehr verbreitet war, noch etwas zunahm, von neuem äusserst heftige Schmerzen ein, die sich zuerst in den Kniegelenken einfanden und so die plötzliche Unterbrechung der Streckversuche herbeiführten. Während nun die Erkrankung sich bald auch in den andern bereits früher erkrankt gewesenen Gelenken durch Schmerzhaftigkeit bemerkbar machte, zeigte sie von neuem, wie bereits am Anfange dieses Jahres, eine gewisse Gier, auf neue Gebiete überzugreifen, indem ihr am 5. VIII. 1894 die auf der linken Seite bisher allein verschont gebliebenen beiden grossen Gelenke, das Schulter- und das Ellenbogengelenk, auch zum Opfer fielen. Das Gleiche geschah später mit zwei grossen Gelenken der rechten Seite, indem am 18. VIII. das Handgelenk und am 21. IX. das Schultergelenk zum ersten Male erkrankten.

Die Schmerzen blieben nun, indem sie ohne grössere Pausen bald hier, bald dort, in bald grösserer, bald geringerer Heftigkeit auftraten, bestehen bis Ende 1895, also volle neun Monate. In den Knieen waren die Schmerzen besonders heftig, so dass Patient alsbald wieder die mühsam fast ganz beseitigte spitzwinklige Kniestellung einnahm. Bis zu welcher Höhe die Schmerzen

stiegen, zeigt uns als Beispiel am besten das linke Kniegelenk, das Anfang September 1894 dem Patienten die Empfindung gab, als ob ihm ein Messer blitzartig durchgestossen würde, und Anfang Dezember 1894 selbst bei nur leiser Berührung ihn in ein lautes Jammern ausbrechen liess.

Ergüsse in die Gelenkhöhlen mit Fluctuation stellten sich wie früher auch jetzt ein, und zwar wieder bei den Kniegelenken, zu denen sich dieses Mal als drittes nicht das linke, sondern das neu erkrankte rechte Handgelenk gesellte.

Therapeutisch liess sich auch dieses Mal nichts gegen die Gelenkleiden ausrichten. Als Linderungsmittel erwiesen sich aber neben dem Morphium als sehr wirksam warme Bäder bis zur Dauer einer Stunde, indem nach diesen der Patient sich wenigstens einige Stunden schmerzfrei fühlte.

Die Psoriasis blieb, nachdem sie im Juli und August 1894 auch auf der Brust ihre alte Verbreitung wiedergewonnen hatte, unverändert bestehen bis Mitte Oktober 1894. Dann aber wurde der Ausschlag spontan im Gesicht etwas geringer. Man suchte nun während des Novembers die Heilung durch Darreichung von Arsen zu beschleunigen, doch schien man nur das Gegenteil zu erreichen, denn die Abheilung im Gesicht hörte auf. Ebenso nutzlos zeigte sich gleich darauf die Anwendung kleingehackter Schilddrüse und des Thyreoidins, das Bramwell[48]) mit gutem Erfoge gegen Psoriasis angewendet hatte. Von Mitte Februar 1895 an zeigte sich wieder spontan ein Nachlassen der Psoriasis. Besonders bemerkbar wurde dies wieder im Gesicht, etwas weniger an Hals, Brust und Rücken. Dieses Mal schritt die

[48]) Bramwell: The treatment of psoriasis by the internal administration of thyroid extract. The British medic. journ. Oct. 1893. pag. 933.

spontane Besserung ununterbrochen, wenn auch äusserst langsam fort und ging auch allmählich vom Rumpfe aus auf die Extremitäten über, so dass schliesslich Anfang Juni 1895 Gesicht und Hals ganz frei waren von Psoriasisplaques. Brust und Rücken zeigten zu dieser Zeit nur noch vereinzelte Plaques, während die Extremitäten noch ziemlich stark damit bedeckt waren.

Da traten am 5. VI. 1895 an Stirn, Hals und Nacken wieder rote Flecke mit schuppendem Charakter auf, die sich bis Mitte Juli langsam mehrten, während die Psoriasis an den unteren Extremitäten sich noch weiter besserte. Vergebens suchte man dem Wiederaufflackern des Psoriasisprocesses besonders durch innere Mittel wie frische Schilddrüse, Thyreoidin, Arsen und Jodkali vorzubeugen, denn von Mitte Juli 1895 an begann auch am Rumpf und an den Extremitäten die Psoriasis sich von neuem auszubreiten, und zwar so stark, dass in kurzer Zeit ihre Ausbreitung grösser und intensiver war wie je zuvor.

Trotzdem fühlte sich der Patient, welcher seit Anfang Mai 1895 von spontanen Schmerzen frei war, bis zum Anfang August subjectiv wohl, und sein Körpergewicht, das während der neun Monate langen Dauer der Gelenkschmerzen bis unter 38,0 kg gesunken war, begann sich wieder langsam zu heben.

Da trat plötzlich am 14. VIII. 1895 ein neuer Rückfall der Gelenkleiden ein, dieses Mal in den Handgelenken beginnend. Dieser neuen Attaque erlag nun am 20. VIII. 1895 auch das rechte Ellenbogengelenk, welches einzig und allein von allen grossen Gelenken bisher der Erkrankung Trotz geboten hatte.

Die Schmerzen waren während der jetzigen Erkrankung sehr heftig, ja nach den Angaben des Patienten heftiger wie jemals, und das fast ununterbrochene Klagen und Jammern des Kranken liess auch diese Angabe glaub-

würdig erscheinen. Die Folge war, dass Patient an dauerndem Appetitmangel litt und wieder sehr herunterkam.

Vom Ende des Monats Dezember 1895 an begann die Psoriasis wieder etwas abzuheilen, indem sich die Schuppen in grossen Massen abschälten. Auch die Schmerzen zeigten sich in geringerem Grade.

Um die Jahreswende aber stellte sich bei unserem Patienten, der schon wiederholt an Husten und Verschleimung gelitten hatte, eine sehr starke Verschleimung ein, die wegen der kraftlosen Expectoration zu Bronchopneumonie und am 7. I. 1896 zum Exitus letalis führte.

Sectionsprotokoll.

Äussere Besichtigung. Aufs äusserste abgemagerte männliche Leiche mit Contracturen und beschränkter Beweglichkeit der unteren Extremitäten in den Knie- und Fussgelenken. Die sichtbaren Gelenke sind fast sämtlich stark angeschwollen. Ebenso die Fusswurzelknochen, die Metacarpalknochen und die Phalangen. Die Finger sind verkürzt und verdickt, in Contractionsstellung fixiert. Der Mittelfinger der rechten Hand ist im ersten Phalangealgelenk überextendiert, anscheinend luxiert. Die Fingernägel sind verdickt, deformiert. Die Haut des Rückens und der Extremitäten ist dicht besetzt mit Borken, unter welchen sich teils Narben, teils frisches psoriasisähnliches Exanthem finden. Am rechten Vorderarm und an beiden Ellenbogengelenken zeigen sich flache, in Vernarbung begriffene Geschwüre. Dieselben sind zweimarkstückgross und darüber, zeigen rundlich-zackige Begrenzung und dürftige Granulationsbildung. Hals, Brust und Oberbauchgegend im wesentlichen frei. Ebenso die Handteller, die Fusssohlen dagegen sind ganz und gar mit Borken überzogen. Das Gesicht ist mit

Ausnahme der Stirn frei. Die behaarte Kopfhaut dagegen ist betroffen. Die Muskulatur ist mit Ausnahme derjenigen des Halses und des Nackens sehr dürftig. Die Farbe der Brust- und Bauchmuskulatur ist blass, die der Halsmuskulatur besser rot. Die Kniegelenke sind subluxiert.

Die Patella des linken Kniegelenks ist mit dem Condylus externus durch Granulationen vereinigt, unter welchen die Knorpelfläche zerstört, die Knochenteile rauh sind.

Am Knorpel mehrfach unregelmässige Defekte, namentlich der Randpartien, an Condylen und der Gelenkpfanne, mit geringfügigen Granulationen.

Schädelhöhle. Das Schädeldach ist dick und schwer, länglich, hat erhaltene Nähte, sehr dicke Tabulae vitreae, reichliche Diploe. Die Dura ist mässig straff. Die Arachnoides, durchweg zart und durchscheinend, enthält etwas reichlichere Flüssigkeit. Die graue Substanz ist von gewöhnlicher Beschaffenheit. In den Venen der weissen Substanz ist reichlicherer Blutgehalt. Herderkrankungen fehlen.

Brusthöhle. Zwerchfellstand: Rechts oberer, links unterer Rand der fünften Rippe. Das Herz hat gut mittlere Grösse und derbe braune Muskulatur, die im Verhältnis zur Höhle etwas dürftig und bis $1^1/_2$ cm dick ist. Beide Lungen hängen lose im Thorax. Unter der Pleura zahlreiche kleine Blutungen. Beide Lungen dicht durchsetzt mit bronchopneumonischen Herden, welche vielfach hämorrhagischer Natur sind, dunkelrot gefärbt. Zwischen ihnen ist das lufthaltige Gewebe sehr blutreich, etwas ödematös. In beiden Unterlappen vereinzelte peribronchitische Herde, gruppenweise angeordnet. Stellenweise käsiger Inhalt derselben. In den Bronchien wenig Schleim, sehr stark gerötete und geschwollene Schleimhaut. In der Trachea geröteter Schleim; Schleimhaut wie die des

Pharynx und Larynx gerötet. Zungengrund mit starken Follikeln. Die Bronchialdrüsen sind weich, etwas geschwollen, mässig gerötet.

Bauchhöhle. Die Milz ist von mehr als mittlerer Grösse: $12^1/_2$, $6,3^1/_2$ cm, schlaff, mit roter, mässig weicher Pulpa und deutlichen Follikeln und Trabekeln.

Die Nieren sind von gut mittlerer Grösse. Die Kapsel etwas festhaftend. Rinde breit, opak, graurot. Marksubstanz stärker gerötet.

Die Leber ist sehr gross: 31,10, rechts 27, links 20 cm. Die Consistenz ist auffallend teigig. Die Oberfläche glatt mit fleckenweisem Hervortreten capillärer Rötung an etwas unter dem Niveau liegenden (atrophischen) Stellen. Auf dem Durchschnitte sehr glatte Schnittfläche, grosse graurote Acini. Ausgedehnte Amyloidreaction.

Die Magenschleimhaut ist stark gefaltet. Muscularis gut contrahiert.

Im Dünndarm wenig flüssig-bröckliger Inhalt. Die Schleimhaut sehr blutarm, fleckenweise amyloide Reaction.

Im Dickdarm breiiger Kot, im ganzen nur geringfügige Rötung, wenig Blutreichtum. In den oberen Partien zweifelhafte, in den unteren negative Amyloidreaction.

Diagnose. Polyarthritis chronica, Psoriasis et Eczema.

Todesursache: Bronchopneumonia multiplex haemorrhagica.

Bronchitis, Tracheitis, Pharyngitis catarrhalis. Bronchitis obliterans. Peribronchitis chronica fibrosa. Degeneratio amyloides hepatis et ilei. Atrophia muscularis. Marasmus.

Wir haben uns in der Krankengeschichte möglichst darauf beschränkt, nur die Erscheinungen, welche die Psoriasis und die Gelenkerkrankungen darboten, für sich allein und im Zusammenhange wiederzugeben. Das geschah im Interesse der Übersichtlichkeit und der Vermeidung von Wiederholungen. Das aus diesen Gründen Versäumte wollen wir jetzt daher als Anhang nachtragen.

Während des grössten Teiles des sich über zwei Jahre erstreckenden letzten Krankenlagers zeigte der Patient hohe Temperaturen, die oft sehr unregelmässig waren. In einzelnen Monaten wie im Januar, Februar und Dezember 1894, im April und August 1895 gab es fast keinen Tag, an welchem die Temperatur nicht mindestens 38° betragen hätte. Die eben genannten Monate sind nun allerdings solche, in welchen Gelenkerkrankungen beobachtet wurden, auch muss zugegeben werden, dass gerade die höchsten Temperaturen sich dann zeigten, wenn die Gelenkschmerzen besonders stark waren, trotzdem wurden häufig genug hohe Temperaturen beobachtet, wenn nur geringe Schmerzen oder überhaupt keine vorhanden waren. Man kann also wohl auch von unmotivierten Fieberbewegungen sprechen, soweit die Gelenkerkrankung dabei in Frage kommt.

Dem Verhalten des Herzens wurde natürlich bei der vorliegenden Erkrankung die grösste Aufmerksamkeit zu teil, zumal es ab und zu Erscheinungen bot, die auf einen Herzfehler deuteten. Sehr häufig zeigten sich an den verschiedenen Ostien stärkere oder schwächere systolische Geräusche, die aber immer wieder nach längerer oder kürzerer Zeit verschwanden und reinen Herztönen Platz machten. Der Klappenschluss der Pulmonalis war mehrmals vorübergehend mehr oder weniger verstärkt, einmal sogar fühlbar. Am 24. VIII. 1894 war bei reinen Herztönen die Thätigkeit des Herzens sehr erregt und unregelmässig, wobei die Herzcontractionen öfterer erfolgten

als die Pulsschläge. In der Zeit vom 29. VIII. 1894 bis zum 4. IX. 1895 rückte der Spitzenstoss, der sonst nie ausserhalb der Mammillarlinie fühlbar gewesen war, allmählich soweit nach aussen, dass er schliesslich nahe der vorderen Axillarlinie zu fühlen war. Dennoch war am 11. XI. 1895 der Spitzenstoss wieder in der Mammillarlinie fühlbar, wofür sich aber nun zum ersten Male eine schmale rechtsseitige Dämpfung zeigte. Der Verdacht auf einen Herzfehler wurde durch die Section nicht bestätigt.

Der Puls zeigte constant eine beschleunigte Frequenz, sodass im Durchschnitt die Zahl der Pulsschläge während der ganzen Beobachtungszeit 100 betrug.

Die monatlichen Durchschnittszahlen für die Harnmenge schwankten zwischen 813 im August 1895 und 2033 im Juni 1894. Bei weitem die höchsten Zahlen ergaben die fünf Monate Mai bis September 1894, in welchen durchschnittlich 1945 erreicht wurde, sodass wohl in Anbetracht der dauernden Ruhelage und des sehr geringen Körpergewichts des Patienten der Verdacht auf vorübergehende Polyurie gerechtfertigt ist, zumal die Gesamtdurchschnittszahl aller übrigen Monate 1212 beträgt. Die monatlichen Durchschnittszahlen für das specifische Gewicht standen zwischen 1013 und 1020, der Gesamtdurchschnitt ergiebt 1017,5. Die regelmässig vorgenommenen Untersuchungen ergaben stets saure Reaction, nie Zucker oder Blut. Am 3. X. 1894 liess sich eine Spur Eiweiss constatieren. Am 8. X. 1894 war der Urin wieder frei davon. Zwei Tage darauf zeigte sich wieder eine Spur Eiweiss, um 8 Tage später ebenfalls zu verschwinden. Endlich zeigten sich am 24. X. 1894 und am 26. XI. 1894 nochmals für nur kurze Zeit Eiweissspuren.

Stuhlgang hatte Patient täglich fast zweimal, wobei nicht berücksichtigt sind zwei Perioden mit Durchfall, eine 17tägige im April 1894 und eine 30tägige im Januar 1895, in welchen an einzelnen Tagen 6—8 Stühle erfolgten.

Auffallend zahlreich sind bei unserem Kranken die Zeichen, welche auf ein abnormes Nervensystem deuten. Der Kranke ist hereditär belastet und war bereits als Kind sehr reizbar und aufgeregt. Ausserdem finden wir in der Zeit seiner Beobachtung, teilweise in mehrfacher Wiederholung: Schlaflosigkeit, Träume höchst lächerlichen Inhalts, Kopfschmerzen, die nicht selten sehr stark und verbunden mit Übelkeit, „wüstes“ Gefühl im Kopf, allgemeine Abgeschlagenheit, unbestimmte innere Unruhe, trübe und sehr zu Thränen geneigte Stimmung, Hallucinationen des Gesichts, Gürtelschmerz in der Herzgegend, das schmerzhafte Gefühl, als ob die Beine zu lang wären, kurze Luft, Atemnot, Brustbeklemmung mit Atemnot und Angstschweiss, schnell vorübergehende bläuliche Röte der Augenlider und der Umgegend der Augen mit fast ödematöser Schwellung der oberen Augenlider, wobei jedesmal das Gefühl von Atemnot sich zeigt, psychische Erregungszustände, wobei oft die Wangen und andere Teile des Körpers gerötet sind, das Schwitzen einzelner Körperteile, z. B. des Gesichts oder der rechten Körperhälfte allein, beschleunigte, sehr leicht erregbare und oft unregelmässige Herzthätigkeit, Polyurie und durch körperliche Erscheinungen nicht erklärte Fieberbewegungen. Das alles sind Nervenstörungen, von denen höchstens nur ganz vereinzelte ihren Ursprung dem langen qualvollen Leiden verdanken könnten. Dazu treten noch zwei Anfälle, die Epilepsie vermuten lassen können. Der erste ereignete sich am 27. VIII. 1894, wobei Blässe des Gesichts und ganz leichte Benommenheit bestand. Der Puls war dabei ziemlich gut. Der zweite Anfall trat am Morgen des 15. IX. 1895 ein und war kollapsartig. Das Gesicht wurde cyanotisch, die Atmung sehr langsam und tief, sodass nur vier Atemzüge in der Minute erfolgten. Die Herzthätigkeit war ungefähr 20 bis 30 Secunden lang völlig ausgesetzt (auscultatorisch), dann

trat sie wieder ein und erfuhr die enorme Beschleunigung von 240 in der Minute (Delirium cordis). Dabei war die Herzaction regelmässig. Dieses Stadium dauerte 8 Minuten. Dann wurde die Herzaction ziemlich unregelmässig und stellte sich schliesslich auf 96 ein. Während dieser 8 Minuten zählte man nur 4—5 unregelmässige Atemzüge in jeder Minute, und erst mit der Beruhigung des Herzens nahm die Zahl der Atemzüge zu bis 24, wobei dieselben gleichmässiger und ruhiger wurden. Zugleich wich die cyanotische Gesichtsfarbe und machte einer tiefen Blässe Platz. Im Beginn des Anfalls waren die Pupillen ad maximum erweitert und auf Lichteinfall vollkommen starr. Nach beendigtem Anfall waren die Pupillen mittelweit und zeigten Reaction auf Lichteinfall. Während des ganzen Anfalls liessen sich keine zuckungsartigen Bewegungen wahrnehmen. Patient war vollkommen bewusstlos. Auch nach dem Anfalle war kaum eine Reaction zu erzielen. Patient lag in tiefem Schlafe, weinte und stöhnte zeitweise und klagte nach dem Erwachen über sehr heftige Kopfschmerzen.

Um einen Überblick über die hochgradigen Veränderungen zu gewinnen, die sich in dem langen Krankheitsverlaufe herausbildeten, wollen wir jetzt den Kranken in dem Zustande schildern, in welchem er sich Mitte Dezember 1895 befand.

Der Kranke bietet einen erschreckenden Anblick. Mit spitzwinklig gebogenen Knieen und an den Thorax gedrückten Armen, Kopf, Körper und Glieder an vielen Stellen mit garstigen, schmutzig-gelben oder grauweissen Borken bedeckt, liegt er hilflos und klagend da. Die Beine sind so abgemagert, dass in der That nur Haut und Knochen vorhanden zu sein scheinen, was um so mehr hervortritt, da die Kniee, etwas verdickt, wie grosse

kugelförmige Massen aufsitzen. Fast genau so abgemagert sind die Arme. Die Hände sind ungeheuer verunstaltet, was hier aber nicht nur durch die grosse Abmagerung, sondern besonders durch die eigentümliche Haltung der Finger und durch die mehr oder weniger starke Schwellung der Handgelenke und fast sämtlicher Fingergelenke bedingt ist. Der Körper zeigt auch starke Abmagerung, aber am Kopf und Hals scheint dieselbe Halt gemacht zu haben. Kopf und Kiefer sind frei beweglich. Der Patient ist nicht imstande, die Lage zu wechseln, ja er kann nicht einmal nach der Seite kippen. Speise und Trank kann er schon seit langer Zeit nicht mehr selbst zum Munde führen.

Der linke Arm ist im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt. Das Gelenk selbst ist verdickt und kann weder activ noch passiv gestreckt werden.

Der Vorderarm befindet sich in Pronation.

Das Handgelenk ist in starker Beugung fixiert.

Die vier Finger sind im Metacarpophalangealgelenk schwach dorsalwärts flectiert, sodass der Handrücken vom Handgelenk bis zu den ersten Interphalangealgelenken eine merkwürdig concave Gestalt erhält.

Im Metacarpophalangealgelenk ist der Mittelfinger in geringerem, der Zeigefinger in höherem Grade radialwärts gerichtet, während der vierte und fünfte Finger keine Abweichung von der Richtung der deutlich sichtbaren Metacarpalknochen zeigen. Zeige- und Mittelfinger sind ankylotisch, während der vierte und fünfte Finger ganz geringfügig activ beweglich sind.

In sämtlichen ersten Interphalangealgelenken besteht rechtwinklige Volarcontractur, die durchweg zu vollständiger Ankylose geführt hat.

Im zweiten Interphalangealgelenk ist die Endphalanx des Zeigefingers nur gering, die des Mittelfingers etwa im halben rechten Winkel gebeugt, während die End-

phalangen des vierten und fünften Fingers gestreckt sind. Die beiden erstgenannten Endphalangen sind ankylosiert, die letztgenannten nur passiv beweglich.

Beim Daumen ist das Metacarpophalangealgelenk und das Interphalangealgelenk in schwacher Flexion ankylosiert, und nur das Carpo-Metacarpalgelenk besitzt einige active Beweglichkeit. Dieselbe ist sehr schmerzhaft. Die Volarfläche der Phalangen des Daumens ist dem Zeigefinger zugewendet. Finger und Fingergelenke sind dick geschwollen und gerötet. Im Schultergelenk ist auch noch einige Beweglichkeit vorhanden. Der Arm kann zwar nicht abduciert, rotiert und nach rückwärts geführt werden, aber er wird nach vorn soweit gehoben, dass bei wagerechter Lage des Körpers der Oberarm zu letzterem senkrecht steht. Natürlich geschieht bei der ausgeprägten Muskelatrophie die Ausführung dieser Bewegung sehr langsam, und es vergeht fast eine Minute, ehe unter starkem Zittern der Arm die angegebene Stellung erreicht hat.

Am rechten Arm sind die Verhältnisse ungefähr dieselben, und ich werde mich daher darauf beschränken, nur einige hauptsächliche Unterschiede hervorzuheben.

Das Ellenbogengelenk lässt um wenige Grade activ die Beugestellung verringern.

Sämtliche vier Finger sind im Metacarpophalangealgelenk in ganz geringem Maasse ulnarwärts gerichtet und äusserst wenig passiv beweglich.

Der Mittelfinger ist im ersten Phalangealgelenk nicht gebeugt, sondern steht in Überstreckung, und seine zweite und dritte Phalanx ist zugleich radialwärts rotiert.

Der Daumen ist etwas leichter beweglich, zumal auch das Metacarpophalangealgelenk frei ist. Nur die Endphalanx ist ulnarwärts rotiert.

Das Ellenbogengelenk gestattet zwar nicht ausgiebigere Bewegungen als links, aber Patient ist im-

stande, im Schultergelenk in ungefähr der Hälfte der Zeit dieselbe Bewegung auszuführen wie links.

An den unteren Extremitäten finden wir überhaupt keine active Beweglichkeit, schwache passive in den Fussgelenken und dem rechten Kniegelenk, ausgiebigere passive in den Hüftgelenken. Die Oberschenkel bilden mit der Axe des Körpers einen Winkel von etwa 135°. Die Unterschenkel sind spitzwinklig gebeugt. Beiderseits ist die Patella unverschieblich. Die Planta pedis steht beiderseits horizontal zur Körperaxe, sodass der Fuss auf seiner Planta im Bett ruht.

Die I. Phalangen der Zehen sind stark extendiert und ankylotisch, die übrigen stehen in Volarcontraction.

Die Nägel der Finger und Zehen sind sehr stark verunstaltet, gar nicht als solche zu erkennen. Sie haben eine schmutzig gelbbraune Farbe, sind verbogen, verdickt, von longitudinalen und transversalen Furchen durchzogen, die einzelne Nagelteile soweit abgetrennt haben, dass sie schliesslich abgebrochen sind. Besonders auffallend sind die Nägel der vierten und fünften Finger. Sie bilden unförmliche rauhe Massen, die sich nahezu um 1 cm über ihre, ohnedies schon geschwollene Umgebung erheben.

Schmerzen spürt der Patient nicht besonders in einem Gelenk, sondern zugleich in allen, ausser dem rechten Schultergelenk und den Hüftgelenken. Der Schmerz ist meist ein gleichmässiger, nicht stossweiser.

Bei den Untersuchungen auf Tast-, Orts-, Druck- und Temperatursinn reagierte er prompt. Anästhesie war nirgends zu entdecken, selbst nicht an den schuppenden Stellen, wo nur ein etwas dumpferes Gefühl vorherrschte. Geruch und Geschmack giebt Patient als normal an, dagegen will er eine Verminderung des Gehörs und Gesichts bemerkt haben.

Die Psoriasis, über deren Verteilung und Verlauf

in der Krankengeschichte und dem Sectionsbericht das Nötige enthalten ist, hat den Charakter einer sogenannten inveterierten. Die Abschuppung ist fortwährend eine sehr starke, sodass das Bett stets mit Schuppen wie besät ist und dass, wie Gerhardt[49]) angiebt, sein Assistent Vogel in den gesammelten Schuppen eines einzigen Tages etwa 1,0 g Stickstoff finden konnte. Besonders im Bade und nach demselben findet eine reichliche Lösung der Schuppen, zuweilen sogar in grossen Fetzen statt, und Patient ist dann eifrig bemüht, so gut er es vermag, mit seinen noch functionsfähigen Daumen dies zu befördern.

Trotz der ungeheuer starken Abschuppung, die täglich 1,0 g Stickstoff dem Körper entzog, können wir dieser doch nicht einen Anteil der Schuld an der vorgefundenen Amyloiddegeneration beimessen, denn abgesehen davon, dass Johnson[50]), Simon[51]) Gramattschikow[52]) und Krawkow[53]) auf die merkwürdige Erscheinung aufmerksam machen, dass bei Psoriasiskranken im Urin die Menge des Harnstoffs und der Harnsäure so sehr verringert sei, dass dadurch selbst starker Verlust an Stickstoff durch die Abschuppung mehr als wett gemacht werde, finden wir, dass unser Kranker z. B. im Juni und Juli 1894 trotz starker Abschuppung an Körpergewicht bedeutend zunimmt. Grade in dieser Zeit aber war der Patient verhältnismässig fieberfrei. Schon aus diesem Grunde können wir daher wohl die der Amyloiddegeneration zu Grunde liegende Kachexie dem fast beständigen Fieber zuschreiben.

Es sei mir gestattet, zum Schluss in einem ganz

---

[49]) s. unter 15.

[50]) Jahresbericht über d. Fortschr. d. Medicin. 1843. 3. S. 226.

[51]) Ibidem.

[52]) Jahresber. über d. Fortschr. d. Med. 1887, II. S. 616.

[53]) Schmidt's Jahrbücher. 1892, 236, S. 239.

kurzen Rückblick die bedeutsamsten Erscheinungen bei unserm Kranken zusammenzufassen.

Zuerst zeigt sich im Alter von 8 Jahren die Psoriasis, die nach halbjährigem Bestehen aber wieder spurlos verschwindet, um nach 3 Jahren wieder in stärkerem Masse aufzutreten und nie wieder ganz zu schwinden.

Vier Jahre später zeigen sich gelegentlich eines stärkeren Ausbruches der Krankheit zum ersten Male nicht schleichend, sondern ganz plötzlich Anschwellungen und heftige Schmerzen in den Füssen, anscheinend von den Gelenken der Fusswurzelknochen ausgehend. Nach sehr langer Dauer schwinden gleichzeitig Schmerzen und Psoriasis in hohem Grade.

Dann treten zum zweiten Male gleichzeitig die Psoriasis und die in den Füssen localisierten Schmerzen auf, um nach langer Dauer auch gleichzeitig wieder abzunehmen.

Als sich dieses gleichzeitige Auftreten beider Erkrankungen zum dritten Male zeigt, machen sich die Schmerzen nicht allmählich, sondern wiederum plötzlich stark in fast allen Gelenken der Finger und Zehen bemerkbar, wobei die Gelenke Schwellung zeigen. Auch jetzt findet ein fast gleichzeitiges Nachlassen beider Erkrankungen statt.

Noch ein viertes, fünftes und sechstes Mal zeigt sich während der Zeit unserer Beobachtung eine mehr oder weniger gleichzeitige Verschlimmerung und Besserung der Psoriasis und der Gelenkerkrankungen. Dabei erstreckt sich nun aber die Erkrankung mit einer gewissen Gier auch auf die grossen Gelenke, indem bei der vierten Attaque neun, bei der fünften vier und bei der sechsten das letzte der grossen Gelenke erkrankt.

Hierbei muss uns auffallen: das Einhergehen der Gelenkerkrankungen mit den Recidiven der Psoriasis, der Beginn in den kleinen Gelenken, die nicht schleichend, sondern plötzlich und mit Schwellung erkranken, die

Neigung der Gelenkerkrankungen, von Zeit zu Zeit sich in heftigen, deutlich von einander zu trennenden Ausbrüchen zu zeigen, und die Gier, fast bei jedem Ausbruch immer neue Gelenke zu ergreifen, ohne jedoch die bereits einmal erkrankten frei zu lassen. Hierzu kommt, dass Muskelatrophie und schlechte Gelenkstellung sich sehr rasch entwickeln, dass die Gelenkschmerzen mit jeder neuen Attaque heftiger werden, dass unsere Antirheumatica vollständig im Stiche lassen, dass feuchte Kälte nicht als Ursache anzuschuldigen ist, und dass Complicationen von Seiten des Herzens und der Pleura nicht vorhanden sind.

Ausserdem geht Hand in Hand mit dem weiteren Umsichgreifen der Gelenkleiden eine Verschlimmerung der Psoriasis.

Anfangs noch zur Heilung geneigt, beginnt sie später allen therapeutischen Eingriffen zu trotzen, nimmt allmählich einen äusserst hartnäckigen Charakter an, so dass man zuletzt kaum noch von Besserung oder Verschlimmerung sprechen kann, und zeichnet sich aus durch grosse Ausbreitung, äusserst starke Abschuppung und starke Beteiligung der Nägel.

Gleiche und ähnliche Erscheinungen, wie wir sie hier kurz als Rückblick zusammengestellt haben, finden wir auch bei Bourdillon beschrieben. Namentlich besteht zwischen den schwersten der 9 Fälle, die Bourdillon unter „Arthropathies générales“ beschreibt, und unserem Patienten die grösste Ähnlichkeit.

Treten wir nun an die Frage heran, welche Stellung wir in unserem Falle den Gelenkerkrankungen geben wollen, so ist es zunächst klar, dass wir, nur gestützt auf die klinischen Symptome dieses einzelnen Falles, nicht die Berechtigung haben, diese Frage nach der einen oder nach der andern Seite zu entscheiden.

Die Entscheidung über diese Frage dürfte auch noch nicht gestattet sein, wenn wir uns auf die zahlreichen ähnlichen Fälle berufen, die bisher beschrieben sind, denn die Anzahl derjenigen Menschen, die an Psoriasis leiden, ist sehr gross, sodass leicht Zufälligkeiten im Spiele sein können. Näher der Entscheidung würden wir erst gebracht werden, wenn sich statistisch nachweisen liesse, dass Gelenkerkrankungen bei Psoriatikern verhältnismässig häufiger vorkommen als bei allen anderen Menschen, die nicht an Psoriasis leiden.

Bourdillon glaubt, einen anatomischen Stützpunkt zur besseren Beurteilung der Frage gefunden zu haben in der Besonderheit der Functionsstörungen, des Aussehens und der Stellung der Gelenke. Wir müssen jedoch Eger Recht geben, der dies in Abrede stellt, denn trotz der grossen Absonderlichkeiten, die in Bezug auf seine Gelenke unser Patient bietet, müssen wir bekennen, dass sowohl Arthritis deformans wie auch chronischer Gelenkrheumatismus im stande sind, dieselben Verunstaltungen hervorzurufen. Dafür spricht auch der Sectionsbefund.

Es sind aber viele andere Gründe vorhanden, die dagegen sprechen, dass eine dieser beiden eben genannten, wohl allein in Betracht kommenden Gelenkerkrankungen bei unserem Patienten vorliegt.

Gegen chronischen Rheumatismus spricht mehr oder weniger:

1. Der Beginn und das jahrelange Verweilen nur in den kleinen Gelenken,
2. die sehr lange anhaltenden Krisen,
3. die Nutzlosigkeit aller Antirheumatica,
4. das Fehlen einer Erkältungsursache und
5. das Fehlen von Complicationen seitens des Endocards, Pericards und der Pleura.

Gegen Arthritis deformans können wir anführen:

1. Den sehr frühen Eintritt des Leidens (16. Lebensjahr),
2. den Beginn in den Füssen,
3. das nicht schleichende, sondern plötzliche Auftreten, sowie die ebenfalls stets plötzliche Erkrankung neuer Gelenke,
4. die scharf ausgeprägten Krisen,
5. die schnelle Entwickelung der Deformitäten,
6. die Gelenkergüsse,
7. das Fehlen feuchter Kälte als Ursache und
8. die Fieberbewegungen.

Dazu kommt nun noch, dass weder die Arthritis deformans noch der chronische Rheumatismus uns eine Erklärung giebt für das auffällige Einhergehen der Gelenkerkrankungen mit den Recidiven der Psoriasis. Sollte dies ein Zufall sein, der sich bei demselben Patienten sechsmal hintereinander ereignet?

Der Annahme eines zufälligen Zusammentreffens können wir nun eine berechtigtere entgegensetzen, die uns das ganze Krankheitsbild verständlich macht. Erinnern wir uns daran, dass eine Reihe der von uns angeführten Autoren als gemeinsame Ursache für die Psoriasis einerseits, für das gleichzeitige Gelenkleiden andererseits eine Erkrankung des Nervensystems annehmen, so zwingt uns die Geschichte unseres Kranken förmlich, diese Annahme zu der unsrigen zu machen, denn damit allein wird uns die Summe der klinischen Erscheinungen erklärt. Es würden also dadurch Psoriasis, Gelenkleiden und Nervenstörungen, eine Trias, die auf den ersten Blick nichts gemeinsam zu haben scheint, auf eine gemeinsame Basis zu stehen kommen.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt für die gütige Überlassung des Materials, Herrn Stabsarzt Dr. Schultzen für die Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Stabsarzt Dr. Schulz für die überaus liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Unter den antiluetischen Kuren verdient die Inunctionskur den Vorzug.

II.

Der Vegetarianismus ist vom hygienischen Standpunkt aus zu verwerfen.

III.

Bei hartnäckigen Fällen von Psoriasis ist der Gebrauch der Schilddrüse oder ihrer Präparate zu empfehlen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Emil Paul Peschel, evangelischer Confession, Sohn des Brauereibesitzers Karl Peschel, wurde am 3. November 1865 zu Klein-Tinz bei Liegnitz geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er von Ostern 1879 an auf der Königlichen Ritter-Akademie zu Liegnitz, welche Anstalt ihn im August 1888 mit dem Zeugnis der Reife entliess.

Im Oktober desselben Jahres wurde er bei der medicinischen Facultät der Universität Leipzig inscribiert. Im Oktober 1889 ging er nach Würzburg und bestand hier im Juli 1890 die ärztliche Vorprüfung. Vom November 1890 ab studierte er in Berlin, wo er im Mai 1895 das medicinische Staatsexamen und im Juli desselben Jahres das Examen rigorosum bestand. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Leipzig: Braune, His, Ludwig, Wiedemann, Wislicenus.

In Würzburg: Bonnet, Fischer, v. Kölliker, Schönlein, Semper.

In Berlin: A. Baginsky, Bein, v. Bergmann, Dührssen, Ewald, Fasbender, Fritsch, Gast, Gerhardt, Güterbock, Henoch, Hirsch, Horstmann, Jacobson, Israel, Klemperer, Koblank, Krause, Langgaard, Lassar, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Mendel, v. Noorden, Olshausen, Preyer, Rubner, Senator, Sonnenburg, Schweigger, R. Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.